

CHIRURGIE OCULAIRE

CHAPITRE PREMIER

PAUPIÈRES

§ I. — Traumatismes.

Les plaies palpébrales, après désinfection très soignée (le tétanos, les phlébites et les phlegmons orbitaires, l'érysipèle ayant encore été observés dans les plaies septiques) et ablation de tous les corps étrangers souvent perdus dans les replis cruentés et pouvant s'enkyster, devront être suturées lorsque les tissus ne sont pas absolument gangrenés, sphacelés ou en pleine purulence. La suture, comprenant toute l'épaisseur de la paupière jusqu'au rebord ciliaire afin d'éviter une encoche si disgracieuse à ce niveau, devra être faite à la soie et le plus tôt possible. Nous avons vu plusieurs fois des plaies par arrachement de toute la partie interne de la paupière inférieure qui se sépare exactement le long du sillon naso-palpébral inféro-interne, être abandonnées, pendant sur la joue. La cicatrisation vicieuse, qui en est la suite, est beaucoup plus difficile à traiter, la paupière s'étant repliée en spirale sur elle-même et fixée par des adhérences solides. L'avivement et la suture avec des aiguilles très courbes (comme pour toutes les plaies de l'angle interne) donnent alors un tiraillement particulièrement marqué qui expose les fils à couper et la suture

à manquer. On pourra être amené exceptionnellement à des *incisions libératrices*, à des décollements assez étendus pour permettre l'affrontement facile et durable des tissus et à des opérations plastiques pour lesquelles on s'inspirera des règles générales utilisables pour la reconstitution des paupières et surtout des méthodes par glissement.

On peut dire que, quels que soient l'état et le siège d'une plaie palpébrale, sauf de très petites plaies horizontales ou tarsiennes, il est indiqué de procéder à la suture.

On veillera particulièrement : 1° à la *suture* du bord ciliaire en mettant au besoin un point de soie la plus fine possible à *cheval* sur le milieu du bord ciliaire dans la partie du rebord qui sépare la rangée meibomienne de la rangée ciliaire. Dupuytren liait les cils entre eux.

2° A constater l'*emphysème* qui ne nécessiterait que très exceptionnellement la ponction ;

3° A déterminer l'état du *releveur* palpébral qui peut être sectionné. Une suture immédiate du releveur est alors indiquée, et, si la ptose est totale, il est nécessaire de procéder aux opérations indiquées pour la blépharoptose ou tout au moins de passer une large suture palpébro-frontale en anse ;

4° A l'état *des os* de l'orbite, le rebord orbitaire pouvant être détaché, des esquilles et des corps étrangers plus ou moins volumineux plongés dans le sinus maxillaire ou le sinus frontal ;

5° A l'état de la *glande lacrymale* qui peut faire hernie ; les deux dernières éventualités seront envisagées aux chapitres correspondants ;

6° A l'état de l'*œil* et de l'*orbite*, souvent perforés, lésés de diverses manières et contenant des corps étrangers dont la plaie palpébrale n'a été que la porte d'entrée. Les plaies du *sourcil* peuvent recouvrir des fractures du sinus frontal et même une violente contusion du sourcil sans plaie peut donner une fracture du sinus frontal, fracture *compliquée*

bien que sans plaie extérieure. La pénétration intracrânienne est même possible.

7° A éviter les suites éloignées (déplacement des commissures, paralysies traumatiques des muscles de l'œil, symblépharon) ;

8° A déterminer l'état des canalicules lacrymaux qui peuvent être traversés par la section et être atteints de fistule ou d'occlusion cicatricielle.

Désormeaux a appliqué dans un de ces cas les procédés déjà employés pour refaire des canalicules oblitérés. Il passa avec un stylet de Méjean une soie qu'il laissa à demeure après l'avoir fait ressortir par la peau au niveau du sac, n'ayant pu la faire descendre dans le nez.

On pourrait aussi faire pénétrer une très fine sonde à demeure ou permettant de retirer de bas en haut un fil métallique ou un crin de Florence par une sonde creuse. Mais tout cela est sujet aux plus grandes difficultés pour retrouver l'orifice cruenté du canalicule sectionné, puis à des réocclusions cicatricielles, malgré le succès immédiat de ces laborieuses tentatives.

Le cathétérisme rétrograde par le nez, ou par ponction du sac, est encore plus aléatoire.

9° A vérifier l'état de la *vision* monoculaire (amauroses par contusion péri-orbitaire) et binoculaire, même sans lésion externe ou intérieure de l'œil.

Les *brûlures* étendues de la peau des paupières sont absolument justiciables, pour éviter l'ectropion, de la *tarsorrhaphie préventive*, partielle ou totale, comme pour la pustule maligne, en aidant la cicatrisation, s'il y a lieu, avec des greffes épidermiques.

Les *piqûres d'insectes* ne nécessiteront guère que l'antiseptie et l'ablation du dard, s'il y a lieu. Par contre, le traitement le plus énergique (cautérisation ignée, traitement général) sera appliqué aux morsures *rabiques* et aux piquûres des *serpents* venimeux.

L'application de la pince à chalazion pourrait quelquefois, si on est de suite appelé, empêcher la diffusion rapide du venin et favoriser l'effet du traitement local.

§ II. — Infections.

Furoncles, orgelets et abcès. — Les incisions parallèles aux fibres de l'orbiculaire, si on veut une cicatrice perdue dans les sillons cutanés, sont la règle pour les orgelets, les furoncles, fréquents au niveau du sourcil, et que l'on voit de temps à autre jusqu'au-devant du sac lacrymal.

L'incision *verticale* a été recommandée (Panas) pour utiliser l'action de l'orbiculaire et favoriser l'évacuation en faisant bâiller la plaie. On peut se contenter de faire l'incision classique horizontale et, même sans drain et avec un pansement humide, l'écoulement sera bien suffisant, si on a fait l'incision horizontale *le plus bas possible*, à la partie la plus *déclive* de l'abcès.

On s'abstiendra du curage et on se bornera à l'*expression* que nous faisons souvent avec une pince étrier à rouleaux lisses préférable en général aux doigts et que nous avons appliquée à toutes les maladies des paupières d'origine glandulaire.

On se gardera aussi des incisions *trop précoces*. L'usage des cataplasmes, des compresses chaudes, dont la proscription serait ridicule, puisqu'ils sont préparés aseptiquement, est un moyen indispensable pour favoriser la phagocytose et la maturité du foyer. En opérant trop tôt, outre l'insuccès opératoire fréquent, on irrite les tissus et on est bien souvent obligé à plusieurs interventions en somme d'autant plus douloureuses, que sur ces tissus enflammés l'anesthésie locale a une bien faible prise, et que l'anesthésie générale est hors de proportion avec le but à atteindre.

L'usage de la levure de bière à l'intérieur en cachets permet d'obtenir souvent, comme nous l'avons fait remarquer, l'absorption de la suppuration et un considérable amortissement des douleurs.

Opéré à *temps*, le foyer purulent se vide, la cicatrisation est indolore et très rapide.

Faite *trop tôt*, l'opération n'évacue pas le bourbillon non mûr et ses microbes au complet. Opéré *trop tard*, le plus simple orgelet expose surtout à la suite de fièvres éruptives chez les enfants, comme nous l'avons observé et comme Chassaignac le remarquait déjà, *aux grands abcès sous-cutanés* de la paupière ou même à des complications (phlegmon, phlébite orbitaire, encanthis); d'autre part nous avons vu un abcès négligé et non opéré à temps, entraîner un véritable *anthrax meibomien* à plusieurs orifices qui guérit d'ailleurs sans déformation par l'incision, l'*expression* et le curage.

On doit une mention spéciale aux orgelets qui se développent quelquefois absolument à côté du *point lacrymal*. De petites incisions *parallèles au canalicule* sont alors indiquées si la ponction prudente, avec expression, ne suffit pas.

Zona. — On crèvera à l'aiguille lancéolée les vésicules du *zona*.

Anthrax, charbon et infections malignes. — Dans les grands anthrax et surtout le *charbon* des paupières, la pourriture d'hôpital et les autres infections malignes envahissantes, les pointes de feu et les incisions au bistouri avec *décollement* sous-cutané des tissus infectés et antiseptie directe de ce tissu profond par les topiques (iodés, phéniqués, alcooliques, sublimés), sont absolument indiqués, *sans faire aucun sacrifice de peau*, lorsque l'application simple des topiques et les injections interstitielles jointes à un traitement général énergique (mercure, sérothérapie, roborants) n'auront pas un effet rapide, de même que dans

toute plaie qui prend une mauvaise tournure et tendrait par suite d'une infection grave ou d'un mauvais terrain à se compliquer de phlegmons profonds, de phlébites orbito-crâniennes, de phlegmon *diffus* de la tempe à marche quelquefois extraordinairement rapide, pouvant décoller le cuir chevelu en quelques jours, et nécessiter, comme dans un de nos cas, un drainage sous-cutané multiple et très étendu d'un bout à l'autre du cuir chevelu.

Certains cas ont guéri par l'expectation, mais on ne se fiera pas à cette méthode thérapeutique.

Dans bien des cas en apparence désespérés, vu les phénomènes généraux, cette thérapeutique énergique peut triompher encore et on peut la combiner à la sérothérapie.

Une question importante est celle de l'*ectropion* consécutif aux vastes pertes de substance. Il sera convenable, dès que les plaies seront détergées et revenues à un bourgeonnement privé d'infection, de ne pas attendre l'effet rétractile de la cicatrisation. On pratiquera alors, comme le conseil en a été d'abord donné par Debrou, la *tarsorrhaphie* exécutée selon les règles (voir page 48). Cette tarsorrhaphie sera quelquefois *totale*, d'autres fois partielle et en regard de la perte de substance, c'est-à-dire interne, médiane ou externe. On ne libèrera les paupières que lorsqu'il sera démontré que le tiraillement n'existe plus. Il est très précieux, si l'on veut dans certains cas, éviter une blépharoplastie tardive, toujours possible en cas d'échec, d'aider la cicatrisation par des *greffes épidermiques* prises au rasoir sur d'autres régions du corps et qu'on applique sur les bourgeons légèrement *frottés* et ainsi un peu avivés, sans abrasion complète.

La tarsorrhaphie aidée de ces moyens si logiques sera un véritable tuteur, donnera quelquefois des succès définitifs et, dans les autres cas, réduira l'opération complémentaire à une autoplastie beaucoup moins importante et exécutée dans de bien meilleures conditions que si on avait aban-

donné, non sans danger pour l'œil, la cicatrisation à sa marche spontanée et si on avait laissé les paupières prendre le chemin qu'elles voulaient.

Syphilis. — La syphilis palpébrale n'est pas justiciable, malgré son accessibilité apparente, de l'excision du chancre qui est absolument injustifiée, le chancre n'étant, comme on l'a dit, que le premier des accidents secondaires, et l'inoculation datant comme pour la blennorrhagie et les maladies infectieuses du moment du contact infectieux. Le chancre ne laisse presque jamais de marques sérieuses de son passage. L'*ectropion* et l'*entropion* sont des plus rares : quelquefois un trichiasis partiel est observé et nécessite une intervention opératoire. Par contre la syphilis tertiaire phagédénique peut amener, mal soignée, la destruction *totale* des paupières et il en est de même dans certains cas de syphilis héréditaire grave. On en est alors réduit à des reconstitutions autoplastiques extrêmement étendues.

Chancre mou. — Le chancre mou, si rare, mais réel, aux paupières, comporte le chauffage par la poire à air chaud, la thermocautérisation à distance ou l'insufflation thermique pratiquée avec un thermocautère à pointe perforée (Unna).

Blépharites. — Il y a beaucoup de petites interventions de *chirurgie dermatologique* dans les infections chroniques des paupières.

Les blépharites nécessitent souvent l'*épilation* et la *cautérisation* par divers topiques, en particulier le nitrate d'argent. Mais l'application de la chaleur rayonnante avec la *poire à air chaud* des dentistes, a des résultats antiseptiques, employée avec prudence et ménagements, dans les formes ulcératives graves. On se gardera d'appliquer directement le cautère actuel, vu les dangers si réels de toute cautérisation ignée pour provoquer un trichiasis au moins partiel.

En face de ce procédé qui doit être essayé le cas échéant, nous pratiquons, dans les cas où le bord ciliaire est tendu, mais non vivement irrité, et lorsque manifestement les sécrétions glandulaires sont gênées dans leur sortie et gonflent le bord ciliaire, l'*expression* avec une pince à rouleaux *lissés*.

Ce moyen, lorsqu'on y combine les autres topiques et surtout les pommades soufrées à 1/50 et à 1/100 que le médecin doit appliquer lui-même et avec cocaïnisation, vu la cuisson assez vive qu'elles déterminent, accentue la guérison si traînante de certaines blépharites, souvent rendues encore plus lentes parce que le malade est abandonné à lui-même.

Au contraire, tantôt par le chauffage dans les formes ulcéraives graves, tantôt par l'*expression* dans les formes hypertrophiques, on pourra activer la guérison, d'autant plus que ces moyens ne contre-indiquent en *rien* l'emploi de *tous les autres* topiques, des moyens généraux et de tout le reste du traitement des blépharites. L'*expression* systématique, facile avec la pince à rouleaux lisses, *vide* les comédons et les cavités glandulaires et permet aux topiques gras (pommades et huiles) de pénétrer beaucoup plus profondément que d'habitude.

Tout en restant prudent et en ne répétant ces moyens que sur des cas qui les supportent bien, on aide ainsi souvent l'*effet* de tout ce que l'on a l'habitude de prescrire dans le traitement des blépharites.

L'*expression* peut compléter aussi l'évacuation des canaliculites meibomiennes, de l'*acné meibomienne* et des petits chalazions du bord libre si le malade refuse obstinément une opération sanglante. En somme, en plus du traitement général et des topiques, l'*expression* est le traitement que l'on appliquera aux tarsites et dans tous les cas où il apparaît que les glandes tarsiennes et ciliaires sont le siège d'engorgements et d'infections chroniques avec stagnation des produits infectieux.

Molluscum contagiosum. — Le molluscum contagiosum, lorsqu'il s'agit de nodules fort petits, est traité pour le mieux par le raclage à la curette très tranchante avec laquelle on fait sauter d'un coup le nodule. Souvent nous avons vu de très petits nodules subir, alors qu'ils n'avaient pas été touchés, une atrophie et une disparition totales; lorsqu'on a enlevé les autres. Nous ne pouvons cependant affirmer absolument qu'il y ait une relation avec l'opération, car les lavages antiseptiques consécutifs à l'opération peuvent avoir pour effet de faire rétrocéder les nodules au début. La cautérisation ignée nous semble le plus souvent inutile, effrayant souvent le malade, presque toujours fort jeune, et prédisposant à des cicatrices plus durables dans cette région si exposée. Elle n'a que l'avantage d'être non sanglante. Pour les très gros nodules, au lieu d'enlever d'un seul coup de curette, on incisera le nodule transversalement et on curettera *entre les lèvres* de la plaie, pour éviter une forte perte de substance à terminaison cicatricielle. L'opération du molluscum sera *précoce*, vu la contagion si fréquente et la propagation sur le sujet lui-même à d'autres parties du corps.

Bouton d'Orient. — Le bouton d'Orient a été souvent traité par des topiques antiseptiques humides et gras; la teinture d'iode, la cautérisation chimique ou ignée seront également employées, avec les précautions d'usage aux paupières. Il s'agit d'une maladie souvent rebelle à tous les traitements même très énergiques, pendant une période assez longue.

Chalazion. — Le chalazion est une néoplasie d'origine certainement inflammatoire et n'est pas une véritable tumeur.

Le traitement médical du chalazion par les antiseptiques locaux, les compresses chaudes, et les moyens abortifs généraux (levure de bière, régime, antiseptie intestinale) et locaux (pommades iodurées, teinture d'iode, nitrate d'argent, etc.),

est insuffisant dans l'immense majorité des cas. On voit quelquefois des chalazions se résoudre lentement, sans aucun traitement et il n'est guère possible d'affirmer, en présence des nombreux insuccès du traitement médical, que ceux traités ont disparu par la médication locale. Aussi, sauf pour de très petits chalazions, sauf le cas de grossesse (le chalazion disparaissant quelquefois, mais non toujours avec l'accouchement) et sauf refus absolu de l'opération, le traitement médical est surtout recommandable *après* l'opération pour diminuer les chances de l'éclosion de nouveaux chalazions. De plus on régularisera le régime, les selles, la réfraction et l'hygiène oculaire.

Avant d'intervenir chirurgicalement, on attachera le plus grand soin à diagnostiquer les pseudo-chalazions (adénomes, épithéliomes, etc.) qui réserveraient des surprises pénibles.

On distinguera plusieurs variétés de chalazion suivant le siège.

1° LE CHALAZION DU BORD LIBRE OU DU GOULOT MEIBOMIEN se développe sur la lèvre postérieure du tarse et sur sa face conjonctivale. Il y a bien un élargissement du canal meibomien, mais il n'y a pas la large cavité du chalazion. Aussi devra-t-on fendre, *perpendiculairement* au bord palpébral, le canal malade, le gratter avec une fine curette et ébarber les bords d'un coup de ciseaux pour régulariser le rebord palpébral. Il n'y a pas à enlever en totalité le mal, ni à cautériser, afin d'éviter le trichiasis. La lésion existe souvent sur plusieurs points de la paupière.

2° LE CHALAZION DU CORPS DE LA GLANDE siège à divers niveaux, saille soit du côté de la peau, soit du côté de la conjonctive, cas plus fréquent à la paupière inférieure, vu l'étroitesse du tarse. Le nombre et le volume de ces chalazions sont absolument variables.

Le traitement du chalazion a été beaucoup trop exclusivement limité tantôt au curage, tantôt à l'ablation : de plus

son opération, qui semble assez simple pour être confiée au premier venu, entraîne des accidents (sympblepharon, trichiasis, etc.), si on l'aggrave de cautérisations intempestives ou si on exécute toujours la même opération quels que soient le siège et le volume du chalazion.

Les anciens, Romains et Grecs, les chirurgiens du moyen âge, ceux du XVIII^e siècle, extirpaient toujours le chalazion par la peau. Ce n'est que si le chalazion venait à se rompre, qu'on enlevait ses débris avec une petite curette (Pelletier de Quengsy). Cependant quelques opérateurs (Fabrice d'Aquapendente) recommandaient d'opérer par la peau ou par la conjonctive suivant le côté le plus proéminent. A. Paré employait le séton. Wenzel curettait soit par la conjonctive, soit par la peau.

Plus près de nous, Desmarres pratiquait soit l'extirpation par la peau ou la conjonctive, soit chez des personnes pusillanimes, le broiement du chalazion, sans incision, en écrasant la tumeur directement avec l'anneau de sa pince hémostatique.

Actuellement on opère tantôt par la peau, tantôt par la conjonctive et l'opérateur avisé doit intervenir, le cas échéant, par l'une ou l'autre de ces voies.

De Wecker fait de préférence le curage pour le chalazion interne et l'ablation pour le chalazion externe. Panas est grand partisan de l'extirpation par la voie cutanée, sans rejeter complètement l'opération par la conjonctive, qu'il accuse de pouvoir donner un trichiasis partiel, ce qui est assurément possible avec l'extirpation par la voie conjonctivale, mais impossible, si, comme nous le verrons tout à l'heure, l'opération par la conjonctive est systématiquement le curage et jamais l'extirpation, seule recommandable au contraire par la voie cutanée. Pour Landolt, l'opération doit toujours être le curage par la conjonctive. Fuchs ne signale aussi que cette opération.

Agnew propose de faire par le bord ciliaire une fente qui

permet de curetter le chalazion, au lieu de passer par la peau ou la conjonctive tarsale. Cette opération nous semble aveugle, plus compliquée et par conséquent inutile. De plus, le bord ciliaire si dense est d'une anesthésie à peu près impossible.

Quelques opérateurs se bornent à inciser le chalazion et à l'exprimer avec leurs doigts : c'est un type d'opération incomplète.

Faut-il toujours opérer par la peau ?

L'opération par la peau est supérieure à l'opération conjonctivale, lorsqu'il s'agit d'un très gros chalazion, presque entièrement développé du côté cutané, au point quelquefois de tendre à l'ulcérer, du fait d'une infection secondaire qui fait suppurer le chalazion. L'opération par la conjonctive est alors insuffisante : la curette se débat dans une large poche souvent mal limitée et adhérente à la peau : l'orbiculaire et le tissu sous-cutané atteints par l'instrument se remplissent d'une abondante suffusion sanguine : enfin la récurrence, résultat d'une opération aveugle et incomplète, n'est pas rare. Pour ces gros chalazions, l'extirpation par la peau est préférable, avec quelques correctifs que nous verrons tout à l'heure. Mais pour de petits chalazions, encore presque exclusivement tarsiens, où l'incision du tarse au point grisâtre qui est la cloison amincie qui sépare la conjonctive du chalazion, met à nu la cavité entière, un curettage soigné suffira et l'opération cutanée, qui obligerait ici à traverser la peau et toutes les couches de la paupière, pour arriver sur un chalazion minuscule, embryonnaire, presque introuvable dans l'hémorragie et l'œdème du tissu sous-cutané, est absolument inutile et s'adapte moins à la nature du petit chalazion, entièrement interstitiel, directement et en totalité accessible à la curette qui l'expulse et le détruit dans toute son étendue.

Utile pour les petits chalazions peu développés vers la

peau, l'opération conjonctivale est la seule recommandable pour les chalazions très développés vers la conjonctive. Il en est plus souvent ainsi pour les chalazions de la paupière inférieure, dont le tarse est normalement si mince et si étroit que le chalazion devient immédiatement sous-conjonctival. Quelquefois cependant on aura à pratiquer, comme cela nous est arrivé, l'extirpation du chalazion de la paupière inférieure par la voie cutanée, mais ce sera l'exception.

Cela seul suffit à démontrer qu'on ne peut se baser sur le siège du chalazion à la paupière supérieure ou inférieure pour déterminer s'il faut pratiquer l'extirpation ou le curettage. Galezowski est d'avis que, pour la paupière supérieure, il faut opérer par la peau, et pour la paupière inférieure par la conjonctive. En réalité, tout dépend de la forme et du siège de la saillie, quelle que soit la paupière en jeu.

Le seul cas où il faut toujours opérer par la conjonctive est celui où des chalazions s'y sont ouverts spontanément et ont donné un bourgeon, que son siège tarsien aidera à reconnaître, mais qui en a souvent imposé pour des tumeurs conjonctivales malignes, à cause de son volume quelquefois considérable. Nous en avons opéré un aussi gros qu'une framboise aplatie et étalée, chez un enfant de 9 ans, dont le chalazion avait passé inaperçu.

L'excision et le curettage énergique de la cavité d'où émerge la végétation donnent toujours un résultat immédiat et définitif, et, bien entendu, il ne saurait être question d'opérer par la peau.

On doit encore se demander si l'on peut pratiquer ou l'extirpation ou le curettage, que l'on passe par la conjonctive ou par la peau. Nous avons vu deux cas opérés par des confrères non spécialistes, où une extirpation par la conjonctive, aggravée d'une cautérisation, avait entraîné, dans un cas, un symblépharon partiel, dans un autre, un trichiasis de la paupière inférieure.

De pareils résultats démontrent qu'il faut plus de prudence et d'éclectisme pour cette petite opération, considérée à tort comme insignifiante, que pour des opérations faciales autrement considérables, sinon plus importantes. Si l'on se donne la peine de réfléchir un moment sur ce sujet en apparence négligeable, il sera facile de comprendre que le tarse et la conjonctive doivent être conservés; on peut les inciser, mais on ne doit jamais en enlever de fragments, même triangulaire (Grand), sous prétexte de faciliter la guérison. On se bornera donc toujours à l'incision du tarse et de la conjonctive, et au curettage, avec la curette à chalazion ou les curettes pour le lupus (E. Vidal) ou pour la cornée (Meyhofer), celle-ci utile pour de très petits chalazions à tarauder. La fraise des dentistes (Gayat) est absolument inutile. Donc, jamais d'extirpation par la conjonctive.

Par la peau, c'est la formule inverse: jamais de curettage comme unique opération: car ici un curettage fouille à la fois le chalazion, l'orbiculaire et le tissu cellulaire.

Ce qu'il faut lorsqu'on opère par la peau, c'est toujours l'extirpation. On met à nu le chalazion disséqué comme un kyste: on le charge avec une pince-érigne, bien supérieure au vieux crochet à chalazion, et on en excise tout ce qui n'est pas adhérent au tarse (résection); il ne reste plus alors qu'à pratiquer le raclage de la cloison tarsienne, qu'il faut se garder d'exciser pour ne pas fenêtrer la paupière, ce qui est beaucoup moins inoffensif que ne le croient certains. Dupuytren et d'autres rapportent qu'en extirpant trop largement, ils ont laissé un trou définitif en pleine paupière. On a peine à croire à des opérations aussi brutales. La suture est souvent négligeable, l'incision horizontale étant parallèle aux fibres orbiculaires et se refermant d'elle-même. Un pansement aseptique sec est gardé deux jours. Comme pour l'opération conjonctivale, la cavité où se trouvait le chalazion, se remplit d'un caillot qui se transforme en cinq à six jours en une petite cicatrice, profonde et invisible; mais on

doit prévenir le malade qu'une petite tuméfaction existera pendant quelques jours, car il pourrait ne pas se croire débarrassé de son chalazion.

Si nous revoyons rapidement la conduite à tenir en face d'un chalazion, nous voyons donc que, contrairement à ce qu'on pourrait croire, à ce qu'on a souvent dit et à ce que l'on fait quelquefois, il n'y a pas une seule opération à appliquer au chalazion et nous avons appliqué souvent les deux le même jour, sur le même sujet porteur de plusieurs chalazions de forme et de siège différents; il faut, suivant les cas et suivant la voie, cutanée ou conjonctivale, tantôt pratiquer l'extirpation (voie cutanée), tantôt le curage (voie conjonctivale). Si l'on s'écarte de cet éclectisme rendu nécessaire par la nature des régions anatomiques et des éventualités pathologiques, on s'expose ou à provoquer des dégâts impardonnables par des extirpations malencontreuses, ou à laisser, par des curettages incomplets, le germe d'une récédive, aussi désagréable pour le chirurgien que pour le malade.

L'anesthésie locale par la cocaïne en instillations à 1/20 et en injection sous-cutanée (à 1/100) est toujours suffisante, excepté chez les enfants.

On se gardera d'une injection sous-cutanée trop abondante qui masquerait le chalazion; les injections sous-conjonctivales sont ici inutiles, les instillations suffisant parfaitement, ou impraticables (en plein tarse) ou nuisibles (masquant le chalazion).

L'hémostase (fig. 1) sera faite avec la pince de Desmarres ou avec la plaque en corne ou en métal nickelé destinée à étaler la paupière. Cette dernière

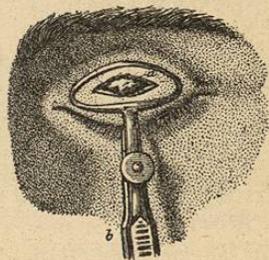


FIG. 1. — Opération du chalazion par la peau. *a*, chalazion mis à nu. *b*, pince de Desmarres.

nécessite quelquefois un aide de plus et n'est *pas moins douloureuse* que la pince de Desmarres : elle rend service quelquefois cependant pour l'extirpation par la voie cutanée.

Tout au contraire, pour les chalazions franchement conjonctivaux la pince est préférable à la plaque, à condition d'insinuer la partie pleine sous la paupière retournée ; elle repousse alors le chalazion vers la conjonctive, le met en évidence, et permet, avec une hémostase parfaite, un curage suffisant.

Les deux instruments ont leur indication. La pince de Desmarres n'est qu'une modification de la large pince fenêtrée à paupières qu'employaient les oculistes du XVIII^e siècle. On évitera de faire l'hémostase en introduisant le doigt dans l'œil ou l'ongle sous la paupière, suivant un procédé trop primitif. Mais il suffit quelquefois de pincer la peau de la paupière entre deux doigts de la main gauche.

Quant à la cautérisation par le nitrate ou le thermo-cautère, quant aux injections caustiques pratiquées sur la paroi ou dans l'intérieur du chalazion, elles sont souvent dangereuses. La cautérisation ignée entraînerait une réaction et des cicatrices plus grandes que l'opération avec les instruments tranchants.

Par l'extirpation ou le curetage délicatement pratiqués, on ne s'expose à aucun accident. Quelques opérateurs rapportent cependant des hémorragies abondantes et prolongées. L'électrolyse (Althaus, Gard) peut présenter l'incertitude et les inconvénients de la cautérisation ignée. Le massage vibratoire est d'effet douteux.

Morve. — La morve chronique quelquefois propagée au sac lacrymal (Hallopeau et Jeanselme, Gourfein) et à la conjonctive peut nécessiter le curage, l'ablation et la cautérisation des fongosités, en somme, un traitement analogue à celui du lupus.

Tuberculose et lupus. — La tuberculose, le lupus sont justiciables de la cautérisation ignée et du chauffage

combinés aux divers topiques et au traitement général complet. Quelquefois le raclage à la curette tranchante est indiqué. Enfin la cure radicale a été souvent pratiquée en enlevant complètement la partie atteinte et en la remplaçant par une autoplastie ou une hétéroplastie à la Le Fort ou à la Thiersch, avec des *indications identiques* à celles que nous allons retrouver pour l'épithéliome palpébral et selon des procédés usités autrefois et encore à présent pour le lupus en général.

On sait que les scarifications, la cautérisation ignée et la chirurgie locale ont été plusieurs fois accusées d'avoir provoqué à brève échéance des généralisations pulmonaires et cérébrales mortelles. Nous devons rappeler les remarques de Brocq au sujet du traitement du lupus du visage. Comme il est indéniable que les procédés chirurgicaux donnent des résultats incomparablement supérieurs à ceux des autres traitements, on doit les adopter sans hésiter : il paraît démontré par des études comparatives soigneuses que ces accidents de généralisation sont rares, qu'ils s'observent aussi bien après la cautérisation ignée qu'après les méthodes sanglantes, et qu'ils se produisent aussi souvent chez les sujets où on n'est pas intervenu. Toutefois il sera convenable chez les sujets très affaiblis, même en l'absence d'une généralisation viscérale nette, et surtout chez ceux où on la constate, de remettre le traitement local à une époque meilleure, au lieu de s'acharner sur le lupus. La méthode ignée sera la méthode de choix, sauf dans de très vastes étendues où les méthodes sanglantes (piqûres, scarifications multiples, scarifications quadrillées et serrées) peuvent être employées.

Scrofulides malaires et palpébrales. — Les gommés tuberculeuses et les scrofulides nécessitent, avant leur ouverture spontanée, l'incision très déclive (Sichel). A la période fistuleuse, le raclage suivi d'insufflation iodoformée peut être combiné au traitement général, médicamenteux,

hygiénique et alimentaire de la tuberculose. Nous avons obtenu en quelques semaines la guérison totale et définitive d'une scrofulide malaire avec participation osseuse, en nous bornant tous les deux jours à des injections iodées profondes et à des pansements iodoformés, combinés au traitement général. Dans les cas qui résisteraient à l'iode, au raclage et au traitement général, on pourrait essayer la cautérisation ignée et le chlorure de zinc. En tous cas, il ne faut pas toujours trop se presser d'opérer.

On est souvent consulté plus tard, en particulier par des jeunes femmes, pour les cicatrices gaufrées, quelquefois *adhérentes* à l'os, surtout à l'os malaire, si apparentes, et quelquefois brunâtres, qu'ont laissées les foyers tuberculeux guéris. Exceptionnellement il existe même un *ectropion* cicatriciel, ou un *écartement* manifeste des paupières et du globe. Le traitement variera légèrement avec l'étendue, le siège, la forme et la direction générale de la ligne ou de la plaque cicatricielle.

Dans les cas les plus graves, où l'ectropion est vaste, on est obligé de faire le traitement complet de l'ectropion cicatriciel (tarsorrhaphie, autoplastie à pédicule) après libération et ablation de la cicatrice difforme. La greffe cutanée par lambeau pris à distance convient assez mal ici, sa couleur tranchant en blanc sur la couleur de la joue. Quant à l'autoplastie à pédicule, si minimes que puissent être les traces qu'elle laisse, on n'y recourra que quand on ne pourra faire autrement, et s'il y a un ectropion extrêmement étendu. Axenfeld a aussi greffé un fragment de tissu adipeux pris à l'abdomen pour combler le vide sous-cutané.

Dans l'immense majorité des cas, le procédé suivant est celui qui a donné et donnera les meilleurs résultats au point de vue esthétique. On circonscrit la cicatrice par deux incisions ovalaires exactement situées à la limite de la peau saine ; on enlève la peau cicatricielle, on détache l'adhérence profonde et on décolle *assez loin* la peau de façon à

permettre de réunir ensuite directement et sans traction les bords de l'incision, ce qui donne une ligne droite qui, dans les cas où elle est *verticale* ou *oblique*, favorise déjà la réascension de la paupière ectropionnée. Dans quelques cas rares, très peu étendus, on peut s'en tenir là, et avoir un succès complet. Mais, quand l'adhérence osseuse et la cicatrice primitives sont larges, il faudra *absolument* s'opposer à ce que la peau libérée soit de nouveau attirée au niveau de l'ancienne adhérence osseuse, et vienne reproduire un enfoncement visible. Alors, dès que l'ablation et la libération de la cicatrice auront été faites, on procédera à une *tarsorrhaphie partielle*, dont l'indication *préventive* pourrait même aussi se poser à la période aiguë.

Bowman montrait déjà la voie en 1871 dans un cas de ce genre, en pratiquant quelques points de tarsorrhaphie médiane. On pratiquera donc, en cas d'ectropion inférieur et externe, deux ou trois points de tarsorrhaphie, sans *intéresser la commissure externe*. Un simple pont qu'on laissera jusqu'à ce que la cicatrice opératoire soit manifestement fixée en bonne place et qu'on se gardera d'enlever trop tôt, est le plus sûr moyen pour permettre la guérison dans de bonnes conditions et assurer la restitution complète de l'aspect esthétique, puisque après sa suppression, la tarsorrhaphie partielle ne laisse aucune trace, si on n'a pas intéressé maladroitement les cils. Ne pas la pratiquer, c'est se priver d'un moyen excellent et inoffensif d'assurer la *cure radicale* de la scrofulide malaire.

Bien que le siège précédent soit plus fréquent, on pourra se trouver en présence de lésions placées sur d'autres points du territoire palpébral et péri-palpébral : dans ces cas on modifiera le siège de la tarsorrhaphie partielle et dans certaines formes irrégulières de cicatrices transversales, les procédés du genre de celui de Sanson-Warthon Jones, suivant le besoin, au lieu de se contenter de circonscire la cicatrice par deux incisions concaves,

Lèpre. — La lèpre sera surtout traitée par les cautérisations ignées, verticales, répétées, profondes, très serrées, et avec une pointe fine : il est bon d'employer quelquefois, pour éviter les souffrances trop répétées, de véritables *peignes galvanocaustiques*.

Des injections streptococciques (rappelant l'action des érysipèles curateurs) et d'autres médicaments topiques et vésicants méritent d'être essayées avec la prudence désirable.

L'*actinomyose* réclame, en plus du traitement ioduré intensif, le curage et la cautérisation ignée, l'extraction des séquestres.

Le *mycosis fongoïde* peut quelquefois subir des raclages en plus de l'application des topiques et du traitement général (arsenic, cacodylate de soude).

Parasites. — Quant aux entozoaires (*cysticerques*), leur ablation par incision, dissection et extraction, sera aussi précoce que le diagnostic, vu les accidents inflammatoires graves (phlegmons orbitaires et palpébraux) que le parasite provoque à la longue.

La *filaire* mérite une mention particulière, à cause de sa surprenante mobilité dans les tissus. On est obligé de saisir solidement avec une pince le ver et le tissu où il se trouve, puis on incise et on le charge sur un crochet mousse (P. Bernard). On tire ensuite doucement pour pouvoir retirer l'animal entier.

Des larves et divers insectes ont été souvent extraits par incision et curage des tissus palpébraux dans les pays chauds (Carron du Villards).

§ III. — Dégénérescences.

Dégénérescence amyloïde. — La dégénérescence *amyloïde* nécessite l'ablation par curage des parties malades, en respectant le plus possible les parties saines.

Vitiligo. — Le vitiligo sera bien rarement justiciable de l'ablation ou du tatouage.

Kéloïdes. — Les kéloïdes et certaines cicatrices à formes douloureuses et très étendues peuvent également être traitées par la scarification intensive, qui diminue beaucoup les douleurs, par l'électrolyse, et enfin par l'ablation blépharoplastique.

Sclérodermie. — La sclérodermie a été soignée par l'électrolyse positive.

Xanthelasma. — Le xanthelasma doit ordinairement être excisé, avec une injection sous-cutanée de cocaïne, lorsqu'il n'est pas trop étendu. Trop étendu, en effet, il peut être abandonné à lui-même ou traité par d'autres moyens. L'excision simple, avec ou sans glissement à la Sanson-Warthon Jones, ou avec décollement sous-cutané assez étendu au bistouri, tous procédés modifiables le cas échéant comme tout ce qui concerne l'ablation des néoplasies palpébrales, et la suture immédiate à la *soie*, quelle que soit l'irrégularité de la plaie, nous ont donné plusieurs fois d'excellents résultats et chez des malades suivis pendant des années, nous n'avons pas observé de récurrence : sans que la chose puisse être impossible, il y a lieu de croire que pratiquée au début et complètement en dépassant légèrement la limite jaunâtre, l'opération peut avoir pour suite un arrêt définitif de cette singulière maladie. Comme il s'agit d'une affection bénigne, si la lésion est très étendue, on ne pensera guère à des interventions qui entraîneraient l'ectropion et l'ablation devrait, si elle est jugée nécessaire, être complétée par des greffes de Thiersch ou diverses autoplasties aidées de tarsorrhaphies totales ou partielles, peu en rapport, nous le répétons, avec la nature bénigne de l'affection. Mais il s'agit d'une lésion dont la couleur et le siège sont si particulièrement choquants que l'on comprend l'insistance que bien des malades mettent à se faire débarrasser d'une lésion pour laquelle ils ont souvent